DECLARACIÓN DEL CORREDOR Y DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Organizador: Club Atlético San Martín (CUIT: 30-53391524-4)

Coordinación General: Selva Aventura Outdoors y Matías Haedo (CUIT: 20-23930731-5)

Lugar del Evento: Complejo Polideportivo Ing. Natalio Mirkin

Contacto / Mail: selva.aventura74@gmail.com

- Declaro por la presente estar gozando de buena salud para participar de la competencia denominada **MARATÓN CIRUJA 2026**, organizada por el **Club Atlético San Martín de Tucumán** y coordinada por **Selva Aventura Outdoors y Matías Haedo**, que se realizará el día 8 de noviembre de 2026. Cuento también con la preparación física necesaria y he tenido, y adjunto en la Ficha Médica, los controles médicos necesarios que confirman mi apto médico para realizar este tipo de competencias y que no padezco ninguna enfermedad, dolencia y/o discapacidad que pueda impedir mi participación en actividades extenuantes y peligrosas.
- Declaro que participo voluntariamente en esta carrera asumiendo en forma personal los peligros que pueden derivar de este tipo de eventos, incluyendo sin limitación, riesgo de accidentes, lastimaduras, fracturas, caídas, pérdidas, hurtos, robos, tránsito vehicular, condiciones del camino o incidentes climáticos, hasta riesgo de muerte. Soy consciente de los accidentes que pueden ocurrir durante la carrera y asumo la totalidad de los riesgos.
- Declaro que tengo los elementos adecuados para este tipo de carreras y que soy competente para las actividades que realizaré y que no padezco ninguna enfermedad, dolencia y/o discapacidad que pueda impedir mi participación.
- Declaro haber leído y acepto todos los términos y condiciones del reglamento oficial de la competencia para mi participación.
- Declaro tener cobertura médica vigente en Argentina, cuyos datos serán entregados a la organización. En caso de accidente, autorizo a la organización a brindarme asistencia médica y ser trasladado hasta el establecimiento de salud más cercano, quedando bajo mi exclusiva responsabilidad los gastos que se deriven de mi atención médica y/o traslado a otro centro de salud.
- Declaro conocer y aceptar las condiciones de que la organización, auspiciantes, patrocinantes, fiscalizadores y propietarios de terrenos no cubren los cargos por accidentes o problemas físicos que durante la prueba puedan ocurrirme por tratarse de una actividad que conlleva riesgos. En consecuencia exonero de toda responsabilidad civil o penal a los organizadores y vinculados. Esta exoneración se hace extensiva a toda persona que actúe en mi representación y/o por mis derechos.
- Autorizo al uso de cualquier imagen o filmación realizada durante la carrera o en eventos promocionales previos o posteriores a la misma, con fines promocionales de los organizadores y/o de los auspiciantes. Asimismo, autorizo al uso de mis datos personales recabados durante el proceso de inscripción con fines comerciales e informativos por parte de los organizadores, así como a la cesión a los auspiciantes. Esta autorización es revocable en todo momento conforme a la legislación vigente.

FIRMA DEL CORREDOR / PARTICIPANTE

Aclaración: _____

DNI: _____

Celular: _____

FIRMA DEL CORREDOR

FIRMA PADRE / MADRE O TUTOR
(Obligatorio si el participante es menor de 18 años)

Aclaración: _____

DNI: _____

FIRMA TUTOR LEGAL

Fecha: ..... / ..... / 2026

Lugar: _____

FICHA MÉDICA Y APTO MÉDICO OBLIGATORIO

1. DATOS PERSONALES DEL CORREDOR

Apellido y Nombres: ..... **DNI:** .....

Distancia / Categoría: ..... **Edad:** ..... **Celular Evento:** .....

Cobertura Médica: ..... **N° de Afiliado:** .....

2. CONTACTOS DE EMERGENCIA

Acompañante en Evento: ..... **Teléfono:** .....

Contacto en Casa (Nombre, vínculo): ..... **Teléfono:** .....

3. ANTECEDENTES MÉDICOS (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

Asma: SI [ ] NO [ ]	**Diabetes: SI [ ] NO [ ]**	**Hipertensión Arterial: SI [ ] NO [ ]**
Hepatitis: SI [ ] NO [ ]	**Alergias: SI [ ] NO [ ]**	**Impedimento físico: SI [ ] NO [ ]**
¿Tratamiento médico actual?: SI [ ] NO [ ] | ¿Cuál?:		
¿Enfermedad en días previos?: SI [ ] NO [ ] | ¿Cuál?:		
Último control médico: Mes/Año: ..... / 20.....		**Grupo Sanguíneo:** .....

MUY IMPORTANTE: Si hay datos que considere de especial interés médico haga una cruz grande aquí [ ] y descríbalos a continuación:

.....

4. CERTIFICACIÓN DE APTO MÉDICO (EXCLUSIVO MÉDICO/A PROFESIONAL)

Certifico que el/la participante _____ DNI N° _____ se encuentra en condiciones físicas y de salud aptas para participar en la prueba atlética **MARATÓN CIRUJA 2026**.

Fecha: ..... / ..... / 2026

_____
FIRMA Y ACLARACIÓN CORREDOR

_____
FIRMA Y SELLO MÉDICO/A